MSSP - Awtorisasyon para sa Paggamit at Pagsisiwalat ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan

Pangalan ng Kalahok: _____ MSSP ID: _____

Inaawtorisahan ko ang MSSP sa pamamagitan nito na kumuha, maglabas at magsiwalat ng sumusunod na impormasyon tungkol sa akin na protektado sa ilalim ng mga pederal, pang-estado at/o lokal na batas para sa (mga) sumusunod na layunin:

☐ Upang malaman ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng MSSP

☐ Magkaloob ng pamamahala ng pangangalaga at pagtatasa sa kalusugan/ sikolohikal-panlipunan

PAGLALARAWAN SA PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN NA GAGAMITIN O ISISIWALAT. Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop.

☐ Mga pinsala sa katawan, sakit, o kondisyon

☐ Mga sakit o kondisyon sa pag-iisip (sikolohikal o psychiatric)

☐ Pang-aabuso sa alkohol at/o pang-aabuso sa droga

☐ Tulong na pera, mga benepisyo ng Medi-Cal o iba pang mga serbisyong panlipunan at pangkalusugan na natatanggap

☐ Iba pa (kung nilagyan ng tsek, kailangang ilarawan): _____

MGA NAGSISIWALAT NA PROVIDER. Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop. Kung may tsek ang kahon, ibigay ang pangalan ng provider.

☐ Mga Medikal na Provider at Pasilidad:_____

☐ Mga Tagapagkaloob ng Serbisyong Panlipunan:_____

☐ (Mga) Programa ng Medi-Cal, kabilang ang mga tauhan ng IHSS sa county:_____

☐ (Mga) Tagapag-alaga/Provider ng IHSS:_____

☐ Mga Tagapagkaloob ng Suporta sa Komunidad:_____

☐ Mga Pinansyal na Institusyon at Provider:_____

☐ Iba pa (ilista ang uri at pangalan ng provider):_____

☐ Iba pa (ilista ang uri at pangalan ng provider):_____

MGA NAGSISIWALAT NA INDIBIDWAL (isama ang sinumang mga indibidwal na maaaring nagbabahagi/tumatanggap ng impormasyon tungkol sa kalahok, tulad ng (mga) hindi pormal na tagapag-alaga, pamilya, kaibigan, atbp.). Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop. Kung may tsek ang kahon, ibigay ang pangalan at relasyon ng indibidwal.

☐ _____ Kaugnayan: _____

☐ _____ Kaugnayan: _____

☐ _____ Kaugnayan: _____

☐ _____ Kaugnayan: _____

☐ _____ Kaugnayan: _____

☐ _____ Kaugnayan: _____

Ang protektadong impormasyong pangkalusugan ng kalahok ay ginagamit o isinisiwalat para sa mga sumusunod na layunin ng MSSP:

Upang matukoy ang pagiging karapat-dapat ng kalahok para sa MSSP, para sa pamamahala ng kanyang pangangalaga, para sa kanyang mga pagtatasa sa kalusugan/ sikolohikal-panlipunan, para sa mga layuning administratibo ng mga tauhan, at sa kahilingan ng indibidwal.
Nauunawaan ko na mayroon akong mga sumusunod na karapatan kaugnay ng Awtorisasyong ito:

1. Ang Site ng MSSP na _____, bilang tagatanggap ng protektadong impormasyong pangkalusugan, ay hindi maaaring magsiwalat ng higit pang impormasyon maliban kung ang site ng MSSP na _____ ay kumukuha ng isa pang awtorisasyon mula sa akin o maliban kung ang pagsisiwalat ay pinahihintulutan ng batas.

2. Maaaring hindi ko na kailanganing pirmahan ang Awtorisasyong ito bilang kondisyon upang makakuha ng paggamot (ibig sabihin, mga serbisyo) o bayad o ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo.

3. Ang Site ng MSSP na _____ ay magbibigay sa akin ng kopya ng Awtorisasyong ito.

4. Maaari kong bawiin ang Awtorisasyong ito anumang oras sa pamamagitan ng pagpapadala o personal na paghahatid ng isang nilagdaang nakasulat na abiso ng pagbawi sa site ng MSSP na _____. Ang nasabing pagbawi ay magkakabisa sa oras na pagtanggap, maliban sa abot na ang site ng MSSP na _____ ay gumawa na ng aksyon alinsunod sa Awtorisasyong ito. Ang naturang pagbawi ay mananatiling may bisa hanggang sa pahintulutan

ko, sa pamamagitan ng pagsulat, ang paglalabas ng protektadong impormasyon sa kalusugan, maliban kung ang paglalabas ng protektadong impormasyon sa kalusugan ay kinakailangan o pinahihintulutan ng batas.

5. Nauunawaan ko na kapag nailabas na ang impormasyong ito sa sinumang tatanggap na nakalista sa form na ito, maaaring hindi ito protektado sa ilalim ng pederal na batas sa pagkapribado (HIPAA) at maaaring ibahagi pa (ibig sabihin, napapailalim sa muling pagsisiwalat) ng tagatanggap. Maaaring iatas ng batas ng estado o iba pang pederal na batas na kunin ang aking awtorisasyon bago ang higit pang pagsisiwalat.

6. Nauunawaan ko na ang awtorisasyong ito ay awtomatikong mag-e-expire nang dalawang (2) taon mula sa petsa ng awtorisasyong ito anuman ang iba pang pagbawi na maaari kong hilingin.

7. Ang site ng MSSP na _____ ay hindi gagamitin o isisiwalat ang protektadong impormasyong pangkalusugan para sa marketing o tatanggap ng kompensasyon para sa paggamit o pagsisiwalat ng aking protektadong impormasyong pangkalusugan nang walang pahintulot.

Ang Awtorisasyong ito ay mag-e-expire nang **2 (dalawang) taon mula sa petsa ng paglagda.** *Kung kailangang bawiin ng provider o indibidwal ang pahintulot bago ang petsa ng pag-expire, lagyan ng inisyal at petsahan ng petsa ng pag-expire sa tabi ng provider/indibidwal.*

TINANGGAP AT SINANG-AYUNAN:

_____ _____ _____
Ilimbag ang Pangalan **Lagda** **Petsa**

Kung nilagdaan ng Personal na Kinatawan:

_____ _____
Kaugnayan **Telepono**

Uri ng Kinatawan:

☐ Conservator ☐ Durable at/o Medical Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan

☐ Iba pa: _____